

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

410

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Philippe, Jean LE PANSE

Né le 10 Octobre 1912, à CHATILLON-SUR-SEINE (Côte-d'Or)

Contribution à l'étude
de la tuberculose végétante,
isolée et primitive du col de l'utérus

Application de l'électrocoagulation
dans le traitement de ses formes localisées

Président : M. P. MOCQUOT, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

01A

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939
—

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Philippe, Jean LE PANSE

Né le 10 Octobre 1912, à CHATILLON-SUR-SEINE (Côte-d'Or)

Contribution à l'étude
de la tuberculose végétante,
isolée et primitive du col de l'utérus

Application de l'électrocoagulation
dans le traitement de ses formes localisées

Président : M. P. MOCQUOT, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — Professeurs

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie	Leon BINET.	STROHL.
Physique médicale	POLONOVSKI.	Robert DEBRE.
Chimie médicale	BRUMPT.	BAUDOUIN.
Bactériologie	ABRAMI.	MONDOR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	LEROUX.	CHAMPY.
Pathologie médicale et générale	TIFFENEAU.	HARVIER.
Pathologie médicale	TANON.	BALTHAZARD.
Pathologie chirurgicale	LAIGNEL.	LAVASTINE
Anatomie pathologique	FIESSINGER.	CHIRAY.
Histologie	LOEPER.	CARNOT.
Pharmacologie et matière médicale	Marcel LABBE.	CLERC.
Thérapeutique	LEREBoullet	NOBECOURT.
Hygiène et médecine préventive	H. CLAUDE.	GOUGEROT.
Médecine légale	GUILLAIN.	LEMIERRE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CUNEO.	GOSSET.
Pathologie expérimentale et comparée	GREGOIRE.	LENORMANT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	TERRIEN.	CHEVASSU.
Clinique médicale	LEVY-SOLAL.	COUVELAIRE.
Hygiène et clinique de la première enfance	JEANNIN.	MOCQUOT.
Clinique des maladies des enfants	OMBREDANNE.	RATHERY.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEMAITRE.	Pierre DUVAL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VILLARET.	TROISIER
Clinique des maladies du système nerveux	MATHIEU.	Clovis VINCENT.
Clinique des maladies infectieuses	LAUBRY.	N...
Clinique chirurgicale	HAZARD.	HOVELACQUE.
Clinique ophtalmologique	MULON.	OLIVIER.
Clinique urologique	SANNIE.	VERNE.
Clinique d'accouchements		
Clinique gynécologique		
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		
Clinique thérapeutique médicale		
Clinique oto-rhino-laryngologique		
Clinique thérapeutique chirurgicale		
Clinique propédeutique		
Clinique de la Tuberculose		
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		
Clinique de neuro-chirurgie		
Clinique cardiologie		
Assistance médico-sociale		
Professeurs sans chaire		

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE	DE GAUDART
BARIETY	D'ALLAINES ..
BENARD Henri	GAYET
BERNARD EL.	DE GENNES ..
BESANÇON (J.)	GIROUD
BOULIN	HAGUENAU
BULLIARD	HALPHEN
CATHALA	HUGUENIN
COSTE	JOANNON
CHEVALLIER	LACOMME
DOGNON	LANTUEJOUL ..
FUNCK	LAROCHE Guy.
BENTANO	LAVIER
FEY	LELONG
GAILLARD	
GASTINEL	



MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.) .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE.. Médecine légale
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale
 NEVEU-
 LEMAIRE.. Parasitologie.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE.. }
 AUBERTIN }
 BRULE }
 CPABROL }
 DONZELOT ... }
 DUVOIR } Clinique médicale.
 LIAN }
 PASTEUR-VAL- }
 LERY-RADOT.. }
 SEZARY }

MM.

BASSET }
 BROCC }
 CADENAT }
 GATELLIER ... }
 MOURE }
 QUENU }
 VELTER }
 ECALLE }
 METZGER } Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé
 LEDOUX-LEBARL
 RUPPE
 WEILL-HALLE

Education physique.
 Radiologie clinique
 Stomatologie.
 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555827_0090

A MES PARENTS

A MES FRERES ET SŒURS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MA FEMME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique Gynécologique

de la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a fait le grand honneur
de présider cette thèse.

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PICHON

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Chirurgien-Chef de l'Hôpital Mixte de Melun

Dont nous avons été l'interne.
En remerciement pour les bons
conseils qu'il a bien voulu nous
donner pour rédiger cette thèse.

Témoignage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE GAL LA SALLE

Chevalier de la Légion d'Honneur
Ancien Chef de Clinique de la Faculté
de Médecine de Paris
Professeur de Clinique Obstétricale
à l'Ecole de Médecine de Rennes

Dont nous avons été l'Interne.
Témoignage de reconnaissance
pour le grand intérêt qu'il nous a
toujours porté au cours de nos
Etudes Médicales. Puisse ce travail
trouver auprès de lui l'accueil favo-
rable que nous souhaitons et qu'il
reçoive ici l'expression de notre
profond respect et de notre grande
admiration.

A MES MAITRES DE L'HÔTEL-DIEU

ET DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE RENNES

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DU HAVRE

A MES MAITRES DE L'HÔPITAL MIXTE DE MELUN

A MES CAMARADES D'INTERNAT DE RENNES,

LE HAVRE, MELUN

Contribution à l'étude de la tuberculose végétante
isolée et primitive du col de l'utérus
Application de l'électrocoagulation
dans le traitement de ses formes localisées

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

C'est au cours de notre Internat, fait en fin d'études, à l'Hôpital mixte de Melun, que le Docteur PICHON, chirurgien chef de l'Hôpital, à propos d'un cas observé de tuberculose végétante, isolée et primitive du col de l'utérus, nous proposa l'étude de cette affection comme sujet de notre thèse.

Se présentant ainsi isolée et primitive, cette localisation de la tuberculose dans la sphère génitale est rare ; aussi, en faisant ce travail, avons-nous voulu faire bénéficier cette question de pathologie d'une observation nouvelle, qui s'ajoutera heureusement aux 44 autres semblables publiées jusqu'en 1935, dans la littérature médicale.

Nous n'avons pas la prétention de reprendre ici l'étude détaillée de cette affection, car déjà, de nombreux auteurs, dans des travaux d'ensemble ou dans de nombreuses thèses, ont pu établir, à propos de nouveaux cas personnellement observés, un tableau très

complet de cette localisation d'une affection générale déjà bien étudiée, qu'est la tuberculose.

D'ailleurs, à l'appui de cette étude, il faut ajouter les 216 autres observations publiées de cas de tuberculose du col utérin, non plus considérée comme localisation isolée et primitive, mais associée à des lésions soit du corps utérin, soit des annexes ou bien même, soit à d'autres manifestations bacillaires viscérales ou ostéoarticulaires.

Il serait donc superflu de vouloir ici retracer toute l'histoire de la tuberculose primitive et isolée du col de l'utérus ; récemment encore, en 1935, PARRAIN, dans sa thèse, reprenant les études et les publications faites depuis 1831, expose nettement, dans un travail fort complet, les résultats de ces observations et fait une bonne mise au point de la question.

Notre but ici, sera plus modeste, et nous nous contenterons de faire suivre l'exposé de notre observation de quelques réflexions d'ordre pratique, faisant apparaître la nécessité d'un diagnostic précoce de l'affection d'autant plus difficile à établir, que les diverses lésions du col se présentent le plus souvent sous un aspect semblable.

Dans ses formes végétantes surtout, mais aussi dans ses autres formes anatomo-pathologiques, ulcéreuse ou interstitielle, la tuberculose isolée du col utérin partage des caractères cliniques avec plusieurs autres affections, plus sévères comme le cancer du col, relativement plus bénignes comme les lésions de métrite cervicale. On comprend aisément le grand intérêt que

fait naître, dans ces formes localisées et isolées cette communauté de signes, souvent étroite, quand on pense que le cancer entre pour une très grande part dans les affections du col utérin et que dans ce cas, de la précocité de l'établissement d'un traitement approprié, dépend la vie de la malade.

Nous insisterons donc sur la nécessité de faire le plus précocement possible un diagnostic exact, en rappelant les signes cliniques particuliers qui permettront, dans une certaine mesure, de différencier les divers processus pathologiques qui atteignent le col de l'utérus ; mais disons déjà qu'exceptionnellement, le diagnostic exact est porté sur la simple constatation des caractères cliniques de l'affection ; la confusion est alors de règle et la clinique seule est impuissante à trancher l'hésitation et à établir la nature véritable de la lésion, principalement dans les formes primitives et localisées ; dans le cas qui nous a été donné d'observer, nous avons rencontré cette difficulté et cliniquement, nous avons porté le diagnostic de cancer. Il faut alors se tourner vers le laboratoire et faire systématiquement un examen histologique de la lésion après biopsie. Cette notion, sur laquelle nous insistons, doit être un acte de pratique courante et doit toujours suivre l'examen clinique de toute affection suspecte du col utérin.

Nous ferons suivre cette étude diagnostique, si importante, de quelques réflexions au sujet du traitement employé par nous, dans le cas de tuberculose isolée du col. Cette application heureuse de la mé-

thode d'électrocoagulation nous a paru présenter des avantages très sérieux sur les procédés anciens et les interventions au bistouri d'acier. Nous signalerons ces avantages et dirons ce que l'on est en droit d'attendre de ce procédé employé dans le traitement de la tuberculose isolée et primitive du col de l'utérus.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

COMMUNIQUEE PAR LE DOCTEUR PICHON

En novembre 1936 je suis appelé par le Docteur V... auprès de Mme B..., âgée de 26 ans, qui vient consulter pour des hémorragies utérines survenues il y a deux jours.

L'interrogatoire de cette malade apprend que l'affection dont elle se plaint n'est pas de date toute récente et permet d'en préciser les premières manifestations à environ quatre mois.

Notre patiente nous raconte qu'elle a toujours été parfaitement réglée depuis l'âge de 15 ans, tant en date de leur apparition qu'en durée, et toujours sans aucune douleur.

Cependant, depuis quatre mois, elle remarque que ses règles durent plus longtemps et sont plus abondantes; bien plus, les derniers temps elle « perd entre ses règles ». Ce sont alors des pertes sanguines, de sang rouge sans caillots, d'abondance moyenne durant quelques jours et survenant la plupart du temps sans cause; toutefois la malade remarque leur constante apparition après les rapports sexuels.

Depuis quelques mois aussi elle note quelques petites pertes blanches, tantôt claires, tantôt plus épaisses, et ces glaires contiennent quelquefois de petites stries sanguines.

Les hémorragies, au moment de l'examen, n'ont pas encore eu de répercussion sur l'état général et nous nous trouvons en présence d'une personne en apparence de bonne santé.

Dans ses antécédents personnels on ne trouve rien à signaler; elle n'a jamais été malade; seulement, il y a un an, traversant une période de fatigue, et par crainte d'une tuberculose, elle consulte un spécialiste qui pratique une radiographie pulmonaire. L'examen radiologique précise alors l'intégrité des parenchymes pulmonaires, des plèvres, l'absence de ganglions et d'images pathologiques; d'ailleurs, à ce moment, aucun signe physique ou fonctionnel quelconque, à part cette légère fatigue, ne pouvait faire suspecter une affection en évolution : l'état général était bon et il n'y avait ni toux, ni expectoration, ni température, ni anorexie, ni amaigrissement.

Dans les antécédents collatéraux il n'y a rien non plus à signaler.

D'autre part, le mari est un gaillard robuste chez lequel on ne trouve aucun signe de tuberculose.

Rien à noter de particulier dans les antécédents héréditaires.

Après ces données intéressantes, nous procédons à l'examen. La malade se présente comme une personne de taille moyenne, apparemment en état de

bonne santé; un peu maigre dans l'ensemble, elle nous affirme que c'est là un état normal, nous disant qu'elle n'a jamais perdu de poids. Sur elle on ne découvre aucune cicatrice d'abcès froids ou de fistules témoins d'une affection tuberculeuse ancienne.

On examine ensuite plus attentivement l'abdomen qui se présente normalement, respirant bien, sans ballonnement, sans rétraction.

La palpation révèle également la souplesse normale et ne réveille aucun point douloureux.

La percussion est normale; aucune matité.

Au toucher vaginal on tombe de suite sur un col que l'on sent irrégulier, augmenté de volume, se délimitant parfaitement, mais présentant une masse exubérante, bourgeonnante, molle par endroit, plus résistante en profondeur, faisant penser, par l'ensemble de ces caractères, à un néoplasme végétant du col.

Le corps, dont on apprécie aisément le volume, est normal en forme et en consistance : on ne note aucun signe d'extension de la tumeur cervicale ; aucune lésion annexielle perceptible : les culs-de-sacs sont souples et non douloureux. Cet examen, fait pourtant sans brusquerie, provoque cependant une hémorragie abondante de sang rouge sans caillots.

Au spéculum le col se présente avec un aspect rouge violacé, augmenté de volume et couvert de bourgeons charnus, friables, saignants en nappe au moindre contact. Le col seul est atteint et les lésions portent surtout sur le museau de tanche; rien ne déborde

apparemment sur les culs-de-sacs; par contre, l'orifice externe du col est comblé de ces végétations saignantes remplissant la cavité cervicale sur une hauteur qui n'a pu être précisée à ce moment.

L'examen général est bon; pas de température, pas d'amaigrissement. L'appareil pulmonaire ne présente aucune lésion; il n'existe aucun signe fonctionnel : ni toux, ni expectoration; aucune atteinte de l'appareil urinaire; les urines sont claires, sans pus ni bacilles de Koch. Rien à signaler de particulier dans l'examen des autres appareils.

En somme, la suite de ces données pathologiques nous met donc en présence d'une affection très localisée au col utérin.

On fait alors un prélèvement biopsique du col et l'examen histologique de la pièce, effectué par le Docteur Perrot, Chef de Laboratoire de la Faculté de Médecine, donne le résultat suivant :

Les fragments de muqueuse examinés ne montrent pas de lésions de formations épithéliales. Par contre, le chorion est le siège de lésions inflammatoires intenses avec, par place, des follicules à cellules épithéloïdes et géantes. Aucune trace de caséification. En résumé : tuberculose du col utérin.

Nous avons donc un cas de tuberculose localisée et cliniquement primitive.

Intervention. — Le 2 décembre 1936, sous anesthésie épidurale, avec une dose de 0 gr. 45 de syncaïne, on procède à l'exérèse des lésions cervicales en utilisant la méthode d'électrocoagulation. Dans un pre-

mier acte opératoire on décape d'abord le col « à l'anse en le rasant », et ensuite, au moyen de l'électrode à boule, on coagule superficiellement la zone cruentée ainsi découverte. Puis, à l'aide de l'aiguille « en forant », à travers l'orifice du col, on détruit le tissu pathologique en dépassant profondément en tissu sain, les limites de la tumeur. On détermine cette intervention par un tamponnement avec une mèche de gaze iodoformée que l'on retire au bout de vingt-quatre heures. Les jours suivants les pertes glaireuses augmentent d'abord, puis diminuent et cessent totalement; seul persiste un léger suintement séreux qui disparaît à son tour. Les seuls soins post-opératoires ont consisté dans des injections vaginales légèrement antiseptiques que l'on pratique jusqu'à la cicatrisation complète. Celle-ci s'effectue rapidement sans accidents hémorragiques ou infectieux en trois semaines.

Malheureusement les suites éloignées n'ont pu être précisées au point de vue local : huit mois après l'intervention on revoit la malade, et malgré l'insistance vive qui lui est faite, elle refuse tout examen local; l'état général est bon et il n'y a plus ni leucorrhées, ni hémorragies.

La malade est heureuse et ne se ressent plus de rien; il nous est donné de constater assez fréquemment ce bon résultat en voyant cette malade activement s'acquitter de ses courses ménagères et ceci encore à la date où nous publions cette intéressante observation.

CHAPITRE III

ETUDE DIAGNOSTIQUE

Le diagnostic de tuberculose isolée et primitive du col utérin est un diagnostic difficile à porter sur les seules données de la clinique et c'est un de ceux auxquels on ne pense pas. Affection rare, on est plutôt amené à croire à un cancer, étant donné la réelle fréquence des lésions néoplasiques au niveau du col utérin. WILLIAM WHIBRIDGE estime que 75 % des tuberculoses génitales globales passent inaperçues avant l'intervention ; que doit-on penser alors des tuberculoses du col ? Combien avant la biopsie systématique des cols douteux ou suspects ont été pris pour des lésions toutes autres : cancer ou bien métrite ? Et c'est pour avoir omis parfois l'examen histologique qu'il faut enregistrer au compte des cancers les guérisons lointaines de cas qui, en réalité, étaient des tuberculoses. Ceci, vrai pour les formes dans lesquelles le processus pathologique a envahi divers étages de l'appareil génital, l'est aussi pour les formes localisées et, dans ce cas, pour avoir négligé l'examen histologique, nombreuses mutilations larges, nécessaires en cas de cancer, auraient pu être évitées. Nous

verrons que les seuls signes cliniques des diverses lésions du col ne suffisent pas à faire le diagnostic et l'on peut dire que toujours la nature tuberculeuse de l'affection est une découverte de l'examen histologique. Citons, cependant, le cas de XAVIER BENDER qui a soupçonné cliniquement la véritable nature tuberculeuse d'une lésion cervicale par similitude, d'un autre cas analogue observé peu de temps auparavant chez une autre malade; les signes cliniques devaient s'individualiser des autres affections possibles, car, dit-il, « l'aspect n'est pas franc : ce n'était ni l'apparence d'un cancer, ni celle d'une métrite ». C'est là un cas d'exception, car, dans les nombreuses observations que publie PARRAIN, c'est l'examen histologique qui a tranché le diagnostic. On comprend alors la nécessité absolue de cet examen, seul capable d'affirmer une certitude de tuberculose. C'est là une idée majeure dont il faut bien se pénétrer. Actuellement on tend à se familiariser avec cette pratique et c'est vraisemblablement pour cette raison que l'on a vu, durant ces vingt dernières années, le nombre de tuberculoses du col augmenter.

En vue donc de cet examen, il convient de pratiquer une bonne biopsie, faite largement, dépassant en tissu sain les limites de la lésion. Le diagnostic positif se fera alors sur la présence des follicules tuberculeux avec leurs cellules géantes, les masses caséeuses parfois et l'absence du foyer suspect de dégénérescence maligne. Ce sont là des preuves suffisantes pour déterminer avec certitude la nature

tuberculeuse d'une lésion. Certains auteurs cependant ne se croient pas autorisés, sur la seule présence de ces lésions histologiques, à porter un diagnostic de tuberculose et la constatation de B.K. identifiés sur les coupes est, pour eux, la seule signature de l'affection. C'est peut-être une exagération, et à vouloir se pénétrer de cette idée on risquerait de commettre quelques erreurs si l'on sait que le B.K. se trouve rarement sur les coupes et qu'il est très difficile à mettre en évidence. Cependant, il faut bien remarquer qu'il peut se trouver des coupes où les lésions anatomo-pathologiques n'apparaissent pas avec toute leur netteté classique par suite d'une biopsie, trop économique et trop superficielle par exemple; la présence de B.K. apporterait, dans ce cas, la certitude qu'un seul examen histologique serait incapable d'affirmer; l'absence de B.K. réglerait alors la conduite à tenir et obligerait à lever le doute en faisant une seconde biopsie, veillant à la faire plus généreuse, et faire suivre cet acte d'un second examen histologique des coupes.

Nous voyons donc toute l'importance de cet examen et nous avons voulu mettre en évidence les résultats que l'on est en demeure d'attendre de lui pour préciser un diagnostic de tuberculose isolée et primitive du col utérin. Systématiquement donc, en présence d'une lésion douteuse du col utérin, qu'elle soit végétante, ulcéreuse ou interstitielle, il faut pratiquer une biopsie large suivie d'une étude histologique des cou-

pes par laquelle on est en droit d'affirmer la certitude d'une tuberculose.

D'autres procédés de laboratoire, ceux qu'utilisent les phthisiologues, permettent également d'établir la nature tuberculeuse d'une localisation primitive du col; signalons-les en passant, mais disons de suite qu'en cas de positivité de leur résultat ils ne sauraient dispenser de la biopsie, car la cuti-réaction, l'ophthalmo-réaction, la réaction de fixation du complément suivant la méthode de BORDET et GENGOU sont trop sensibles et il suffit qu'un organisme ait eu à lutter contre une infection tuberculeuse pour qu'il conserve des anticorps en quantité suffisante pour que ces réactions donnent des résultats positifs. Quant à l'inoculation au cobaye, elle ne donne aucun résultat, car par suite de la richesse microbienne de la flore vaginale, l'animal meurt d'infection intercurrente bien avant que le B.K. ait pu se développer. La biopsie garde donc toute sa valeur diagnostique et devra être faite systématiquement toutes les fois qu'une lésion du col se présentera sous un aspect douteux, tel que J.-L. FAURE tend à l'exprimer en ces termes : « Ce n'a l'apparence ni de lésions néoplasiques, ni de lésions de métrites ». Cette assertion autorisée définit bien toute la complexité du problème diagnostique basé sur les seuls signes cliniques en montrant qu'entre le cancer, la métrite et la tuberculose du col il n'y a qu'une question de nuance, d'impression, d'intuition personnelle peut-être, que sera plus apte à saisir un gynécologue averti; mais sachons que rare-

ment les lésions se présentent sous leur aspect type et que le plus souvent les altérations morphologiques n'autorisent plus à envisager ces subtilités. On conçoit alors aisément la difficulté d'établir un diagnostic lorsque l'on se trouve en présence de lésions primitives et isolées de tuberculose cervicale !

Sans vouloir enlever à l'examen histologique toute sa valeur, puisque sans lui il n'y a pratiquement pas de diagnostic possible, nous allons passer en revue les divers caractères cliniques qui, théoriquement, permettraient de différencier la tuberculose du col atérin, d'autres lésions plus communes et plus fréquentes, comme le cancer et la métrite.

Classiquement, on dit que dans la tuberculose les pertes sont moins abondantes, plus purulentes que dans une métrite simple; la présence de sang y est alors très fréquente : la tuberculose du col, a-t-on dit, saigne moins qu'un cancer et plus qu'une métrite.

Dans le cas que nous publions, l'abondance des hémorragies nous portait plutôt à pencher vers le diagnostic de cancer et d'autant plus que par un toucher vaginal pourtant doux et prudent nous avons eu la certitude qu'une petite cause traumatisante suffisait à les provoquer. Les leucorrhées, au contraire, par leur faible abondance, répondaient plus ici en faveur d'une tuberculose qu'en faveur d'une métrite où les pertes constituent un des grands symptômes par leur abondance et leur purulence. D'autre part l'état général excellent de la malade ne permettait pas encore d'éliminer le cancer, car il n'y avait que

quatre mois que l'affection s'était manifestée. L'absence de passé gynécologique, dysménorrhée — ou obstétrical, — accouchement ou fausse-couche empêchait d'établir une présomption de tuberculose qui classiquement apparaît plus particulièrement pendant la vie génitale après un accouchement ou chez des malades prédisposées par des troubles de la menstruation.

En présence de ces seuls signes fonctionnels il est facile de comprendre l'erreur de diagnostic en pensant, comme nous, avoir affaire à une lésion néoplasique.

Les renseignements locaux, eux aussi, se sont présentés de telle sorte qu'aucun d'eux n'est venu pour redresser l'erreur commise; bien au contraire, et le cas que nous avons observé s'est présenté avec toute la pléiade de signes physiques appartenant à la classique description du cancer du col; rien n'y manquait : aspect bourgeonnant du col, recouvert d'une masse rouge violacé molle et friable par endroit, plus résistante en profondeur et saignant au moindre contact. Cependant, contre le cancer il y avait la délimitation nette des lésions tuberculeuses, mais encore avait-on voulu croire à un cancer pris tout au début ? L'absence d'induration des lésions est un signe très important dans l'étude de la tuberculose; dans la règle, la muqueuse possède une consistance particulière à la fois souple et élastique qui n'existe pas dans les lésions épithéliomateuses; la muqueuse environnante est saine et non infiltrée, comme on l'observe

au voisinage d'un cancer. La coloration des lésions pouvait, dans une certaine mesure, faire suspecter la nature tuberculeuse de l'affection, car, dans ce cas, le col recouvert de végétations est gros, rouge foncé par suite d'une vascularisation intense à ce niveau. D'autre part, théoriquement, on signale le fait important que les végétations cancéreuses ne sont pas lisses comme les végétations tuberculeuses; leur surface est inégale, bosselée, irrégulière; mais ce sont là des questions de nuance très difficile pratiquement à saisir. Cependant, le diagnostic serait parfois relativement plus possible, dans les formes ulcéreuses, car l'ulcération tuberculeuse se présente avec un fond pâle, plus pâle que dans les ulcérations néoplasiques, mais bien souvent aussi grisâtre ou violacé rappelant, d'assez près, l'apparence du cancer, mais que ce soit une forme végétante ou une forme ulcéreuse, POLLOSSON et VIOLET et PETIT-DUTAILLIS remarquent que dans ces cas seuls se rencontrent l'aspect mamelonné des surfaces lésionnelles. Ce signe n'existerait que dans les affections tuberculeuses du col utérin.

Tels sont les caractères qui, cliniquement, permettraient de différencier la tuberculose du col d'avec le cancer. Redisons encore ici que ce sont, très souvent, de subtiles nuances difficiles à saisir et que sans le secours de l'examen histologique un pourcentage fort élevé d'erreurs s'établirait; et comme le cancer existe pour une grande part dans les affections frappant le col utérin, on voit le désastre médical qui s'ensuivrait; CHATON, dans sa thèse, s'est attaché à mettre en

parallèle les manifestations cliniques appartenant à chacune des deux affections : cancer et tuberculose. Nous nous en servons comme résumé classique qui, dans les cas typiques, permet d'orienter cliniquement le diagnostic.

CANCER	TUBERCULOSE
Age avancé, 40 à 45.	Femme jeune.
Pertes séro-sanguinolentes.	Manifestations antérieures.
Hémorragies fréquentes.	Pertes purulentes.
Pertes fétides.	Hémorragies légères.
Toucher indolore.	Pertes non fétides.
Fièvre rare (sauf pyométrie).	Toucher peu douloureux, mais sensible.
Masses fongueuses friables.	Parfois fièvre provoquée par le toucher.
Base indurée.	Masses uniformes, élastiques.
Marche rapide de l'affection.	Base souple.
	Marche plutôt lente.

Cependant, malgré ces différences cliniques, et surtout dans les formes isolées et primitives qui nous intéressent ici, la clinique ne saurait se dispenser du laboratoire et, dans tous les cas, la biopsie s'impose.

A cette étude nous avons établi toute la difficulté clinique que l'on rencontre à vouloir différencier le cancer du col de la tuberculose, il faut savoir qu'il existe une autre affection qui parfois partage de nom-

breux signes cliniques avec la tuberculose cervicale :
LA MÉTRITE DU COL. Là encore, cliniquement, le diagnostic pourra être hésitant en ce qui concerne une forme de métrite caractérisée par des végétations qui remplissent la cavité cervicale, qui s'hypertrophient peu à peu, se pédiculisent en formant des amas de petits polypes ulcérés. La confusion serait encore plus grande si l'on avait affaire à la forme ulcéreuse; mais ici nous n'avons envisagé qu'une tuberculose végétante. Dans tous les cas, en faveur de la métrite nous savons que les lésions inflammatoires sont plus intenses, et la rougeur plus diffuse s'étendant jusque sur le vagin; les pertes sont plus abondantes et surtout plus purulentes que celles de la tuberculose.

Le POLYPE MUQUEUX DU COL peut, dans certains cas, en imposer pour des lésions tuberculeuses végétantes. L'aspect clinique s'établit sur les signes physiques suivants : végétations plus ou moins abondantes siégeant au niveau de l'orifice externe du col, de consistance molle, de couleur rouge ou rouge violacé, de surface lisse ou bien hérissée de petites saillies donnant alors l'apparence de framboise. Les signes fonctionnels, leucorrhées et hémorragies, se présentent toutefois avec une plus grande abondance. L'examen histologique viendra lever les doutes et affirmera la bénignité de cette lésion.

Pour être complet, signalons encore les VÉGÉTATIONS DE LA BLENNORRAGIE et le SARCOME VÉGÉTANT DU COL; pour les premières il y aura en leur faveur la multiplicité des lésions et la coexistence de localisations

vaginales et vulvaires; l'examen bactériologique des sécrétions donnera la preuve de l'infection causale; en faveur des secondes rappelons l'aspect très spécial sous forme d'un amas de petites vésicules arrondies, transparentes et molles ressemblant plutôt à une grappe de raisins ou une mole hydatiforme. Ce sont là deux diagnostics que nous avons cru bon de rappeler, mais qui, pratiquement, n'offrent pas la même importance que le diagnostic auquel nous nous sommes principalement attaché : le cancer.

Par cette étude, nous avons essayé d'attirer l'attention sur la difficulté d'établir un diagnostic de lésion végétante du col de l'utérus à propos d'un cas de tuberculose végétante que nous avons observé. La rareté de cette affection nous a fait cliniquement penser au cancer; seul l'examen histologique a su rétablir l'erreur.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement de la localisation cervicale de la tuberculose génitale devra être d'ordre général d'une part et d'ordre local d'autre part. Dans les formes où l'affection se manifeste *primitivement* et *isolément* au niveau du col, le traitement local, enlevant en quelque sorte le point d'où se propageait l'infection si l'on n'intervenait pas, serait a priori suffisante. Mais, même dans ces formes primitives, il faut savoir qu'il est nécessaire, au point de vue général, de modifier un terrain sur lequel a pu se greffer et se développer l'infection tuberculeuse et par là même instituer un traitement général.

Ce traitement, sur lequel nous ne ferons que passer, sera celui de toutes les localisations viscérales de la tuberculose. Il comportera principalement le repos, l'alimentation saine, la bonne hygiène journalière, le grand air à la campagne ou à la montagne. Les médications internes apporteront leurs propriétés efficaces sous forme d'arsenic, d'iode, de phosphore et principalement de calcium, non seulement considéré comme recalcifiant, mais aussi comme stimulant des échanges

intracellulaires. On pourrait penser à adjoindre la vaccinothérapie antituberculeuse par la tuberculine, l'antigène méthylique ou bien encore l'allergie de JOUSSET, pour les bons résultats qu'elle a donnés dans des affections chirurgicales bacillaires; mais, nous-mêmes, ne l'avons pas expérimentée, et PARRAIN déclare n'avoir pas eu l'occasion d'en noter l'essai dans les tuberculoses qu'il rapporte.

Ces divers procédés seront d'un précieux secours pour stimuler l'organisme atteint contre l'affection bacillaire, mais il est de toute évidence que le traitement de la tuberculose primitive et isolée du col de l'utérus sera avant tout un traitement local. Si l'hystérectomie totale est le seul procédé efficace lorsque le processus morbide a envahi les divers étages de l'appareil génital — l'état général étant reconnu satisfaisant — on conçoit aisément que de telles mutilations seraient cruelles dans le simple cas où le col serait atteint; à ces formes s'adresse une thérapeutique plus appropriée et aussi plus conservatrice. De cette idée le Professeur J.-L. FAURE, pourtant très interventionniste, au Congrès International de 1902, se montre l'ardent défenseur et dit : « Si l'on a des raisons sérieuses de penser que la tuberculose est localisée au col, si les annexes sont parfaitement saines, il me paraît évident que l'on devra se contenter de l'opération la plus simple et la plus bénigne ». Depuis cette date, en présence de tuberculose isolée et localisée au col utérin, on a cherché à atteindre uniquement le foyer pathologique.

Pour ce, divers procédés ont été employés; les uns se sont adressés à la médecine, les autres à la chirurgie.

En étudiant les quelques observations publiées de tuberculose isolée et localisée au col de l'utérus, nous en avons recueilli plusieurs cas, où le traitement local a consisté en application sur les lésions cervicales de solution de formol à 25 %, de nitrate d'argent, de potasse, de glycérine, de chlorure de zinc à 0,50 %. Dans des observations plus récentes on remarque que certains de ces anciens procédés ont été repris par certains gynécologues pour ces mêmes formes de tuberculose généralisée; c'est ainsi que PETGES, ROCHE et SALIGNE ont publié, l'an dernier, l'observation d'un cas dont la bonne guérison a été obtenue par l'emploi de teinture d'iode utilisée sous une solution alcoolique en badigeonnage local. La potasse, sous forme de crayon de FILHOS, a été également remis en honneur ces dernières années et l'on retrouve plusieurs observations où le résultat local obtenu est satisfaisant, mais, comme ces auteurs le font remarquer, ce procédé ne doit être envisagé que pour les personnes dont la vie puerpérale est finie, car de telles cautérisations entraînent fatalement une sclérose et une atésie du col utérin et l'on conçoit alors la dystocie qui peut survenir au moment d'un accouchement ultérieur. La méthode de LANNELONGUE, jadis employée, et qui consistait à injecter dans l'épaisseur même des lèvres du col une solution de chlorure de zinc, présentait aussi ce regrettable inconvénient. En

passant, citons la méthode de BIER, pratiquée d'après CHATON, à l'aide d'une ventouse pneumatique s'adaptant exactement sur le pourtour du col et dans laquelle on faisait le vide pour amener une congestion locale et, par suite, un afflux leucocytaire, agent de défense.

Dans l'ensemble, ces procédés ont amené une réelle amélioration locale, voire même de bonnes guérisons; ils s'appliquaient, nous le savons, à des lésions superficiellement localisées.

Dans les cas plus étendus, cependant toujours strictement localisés au col, les procédés médicamenteux ont été reconnus d'une inefficacité absolue, car alors les lésions atteignent la profondeur du col et une action superficielle est insuffisante; aussi s'est-on adressé à la *chirurgie*, et l'amputation du col est-elle devenue l'opération de choix; suivant la localisation des lésions on a employé soit la technique de SIMON MARKWALD, soit celle de SCHROEDER, sur les détails desquelles nous n'entrerons pas ici.

En parallèle avec le bistouri, la *Thermocautérisation* a été aussi fréquemment employée dans le traitement des tuberculoses localisées au col utérin. Préconisée par J.-L. FAURE et défendue par lui, elle a l'avantage sur le bistouri de détruire les germes et en même temps d'empêcher la réinoculation bacillaire en tissus sains. « Rien ne vaut, dit-il, la chaleur pour anéantir les germes et la destruction d'une lésion tuberculeuse par le thermocautère, me paraît être la méthode la plus simple et la plus sûre ».

Cette méthode a donné de beaux résultats que nous retrouvons exposés dans les observations de CHATON, CAYLA, BONNET et BULLIARD, ESTOR et BAILLE, CHAVANNAZ.

La *curiethérapie* a été également employée. Son application est née non intentionnellement, mais à la suite d'erreur de diagnostic où la tuberculose cervicale a été prise pour un cancer. Plusieurs observations ont été ainsi publiées; les résultats, d'après BLANCHE DUPEUX, sont variables : la cicatrisation locale peut se produire, mais il faut toujours redouter une extension aux voies génitales supérieures avec aggravation notable de l'état général ; cependant AHUMADA et PRESTINI ont obtenu des résultats heureux. Aussi ne concluons-nous pas actuellement au sujet de cette méthode trop nouvelle : il faut encore l'épreuve du temps pour pouvoir juger de sa valeur.

Ces dernières années, avec les progrès de l'électricité médicale, on a vu naître un nouveau procédé qui, en chirurgie gynécologique surtout, tend de plus en plus à remplacer les méthodes anciennes jusque-là employées : L'ELECTROCOAGULATION. Son application, devenue fréquente dans le traitement des métrites cervicales chroniques, a permis de recueillir des résultats très réels, si bien même qu'à l'heure actuelle elle est devenue le traitement par excellence de ces affections. Et c'est encouragé par ces succès que nous avons pensé à utiliser l'électrocoagulation dans le traitement du cas de tuberculose végétante et isolée du col utérin que nous avons observé. La méthode

nous a paru élégante et simple et le résultat très satisfaisant.

En recherchant dans les publications récentes des cas rapportés de tuberculoses isolées et primitives du col utérin, nous avons eu la bonne fortune de trouver quelques observations intéressantes dont les résultats heureux avaient été obtenus également par l'électrocoagulation. Nous pouvons ainsi rapporter un cas de cervicite tuberculeuse bourgeonnante traité par DELHERM, un cas de forme ulcéreuse guéri en trois semaines par X. BENER et un autre cas de tuberculose végétante et isolée que publie OKINZYC à l'Académie de Chirurgie, à la séance du 19 mai 1937. Les résultats obtenus ont été la guérison certaine, constatée encore plusieurs années après le traitement.

Personnellement, cette méthode nous paru très efficace. Bénéficiant de l'expérience acquise dans les applications de l'électrocoagulation aux métrites cervicales chroniques, nous avons pu nous rendre compte des avantages qu'elle possède et comprendre l'efficacité de ce traitement appliqué aux formes isolées de la tuberculose du col utérin.

Ces avantages, en plus de la simplicité de cette méthode appliquée par un gynécologue expérimenté, sont :

1° L'absence d'hémorragie. La chaleur dégagée par l'électrode produit dans les vaisseaux sanguins qui avoisinent la région détruite, la formation d'un caillot obturateur. On s'explique alors facilement qu'avec un champ opératoire aussi visible il soit plus aisé

d'intervenir avec le bistouri électrique qu'avec le bistouri d'acier.

2° L'électrocoagulation présente aussi ce gros avantage de détruire totalement tous les germes pathologiques qui se trouvent sous son effet diathermique. La destruction se faisait sur place; il n'existe donc plus de danger de dissémination de l'affection par réinoculation des germes dans les zones tissulaires voisines saines.

3° Un troisième avantage réside dans la bénignité de ces interventions larges sur le col, relatives à celles opérées avec le bistouri ordinaire. Le choc opératoire et la douleur sont minimes et la malade peut fréquemment, après un court repos, reprendre ses occupations. Cependant, chez notre patiente, dont nous publions le cas, nous avons dû, à la suite de sa nature pusillanime, employer une anesthésie épidurale. On aurait pu encore faire une anesthésie du col en employant la technique d'AUBERT, qui conseille de faire une piqûre en avant du col, deux latérales et deux postérieures. Mais, pour MARCEL, l'anesthésie du col ou l'épidurale ne doit être indiquée que dans des cas exceptionnels.

4° La grande souplesse des cicatrices que donne l'électrocoagulation fait naître un grand avantage, surtout si l'on se place sur le plan puerpéral. Cette question est de première importance si l'on sait que la tuberculose cervicale survient principalement chez les femmes jeunes, par conséquent en pleine activité génitale. L'emploi des cautérisations médicamenteu-

ses et du crayon de FILHOS amenait fatalement des cicatrices rétractiles. Ici, les cicatrices sont d'une souplesse telle que le col, au moment du travail, subit une dilatation presque physiologique n'entraînant aucune sorte de dystocie.

Mais toute médaille a son revers et si l'électrocoagulation possède de réels et précieux avantages, elle comporte aussi quelques inconvénients, dont le premier est la formation d'une escharre et la nécessité de la laisser s'éliminer; ce qui fait que la cicatrisation est assez longue. En moyenne, dans les cas publiés jusqu'ici, la guérison complète a été obtenue en trois à quatre semaines.

Un autre inconvénient, c'est qu'il peut survenir, au moment où l'escharre se détache des hémorragies secondaires. Mais, disons-le, ce sont des accidents faciles à éviter; il suffit simplement, dans les soins post-opératoires, de toucher le moins possible à l'escharre et de ne rien faire pour hâter sa chute. Cependant, si, malgré ces précautions, un point de la cicatrice venait à saigner, un simple point de coagulation arrêterait aussitôt cette bénigne hémorragie.

Enfin, on pourrait reprocher à l'électrocoagulation de n'avoir pas d'action élective sur les tissus pathologiques pouvant alors détruire les tissus sains. Ce danger des lésions accidentelles de voisinage existe tout aussi bien avec les autres procédés opératoires et l'on peut dire qu'il n'est pas plus grand avec l'électrocoagulation.

En réalité, par cet exposé nous pouvons affirmer que les inconvénients de cette méthode sont pratiquement inexistantes à côté des nombreux avantages dont la chirurgie gynécologique a eu largement à bénéficier. Appliquée au traitement des tuberculoses isolées du col de l'utérus elle a donné jusqu'ici des résultats tels que nous ne craignons pas de voir là le meilleur traitement de cette affection.

CONCLUSIONS

I. — La TUBERCULOSE VÉGÉTANTE, PRIMITIVE ET ISOLÉE du col de l'utérus est un diagnostic difficile à établir sur les simples données de la clinique. Une affection, celle-là plus fréquente, mais aussi beaucoup plus maligne, partage avec elle la majeure partie des caractères cliniques : le cancer végétant du col. On comprend les fâcheuses conséquences d'une erreur de diagnostic d'autant plus facile à commettre que l'affection est plus isolée et uniquement localisée au col. Il importe donc d'insister avec force sur la nécessité *absolue* de faire, après une large biopsie, un examen histologique de la tumeur, qui lui seul établira avec certitude sa véritable nature. Cette notion est capitale et nous souhaitons qu'elle devienne une pratique systématique et pour ainsi dire « réflexe » après un examen clinique non seulement de lésions végétantes, mais de *toutes les lésions du col utérin*.

II. — L'ELECTROCOAGULATION employée dans le traitement de ces formes se montre dès à présent comme une méthode d'avenir. Procédé simple et propre, elle présente de grands avantages sur le bistouri d'acier en évitant toute possibilité d'hémorragie et en écartant tout danger de dissémination de l'infection en

tissu sain. Ce sont là de précieuses qualités qui font de ce procédé une méthode de choix dans le chapitre de la chirurgie gynécologique. Sur le plan puerpéral, un grand avantage est encore à noter du fait de la grande souplesse des cicatrices que laisse après elle l'électrocoagulation. On n'aura donc plus à craindre une dystocie du col au moment d'un accouchement ultérieur et ceci a son importance si l'on sait que la tuberculose du col de l'utérus survient principalement chez des femmes jeunes, donc en pleine période d'activité génitale.

En conséquence nous pouvons dire que par tous les avantages qu'elle présente l'électrocoagulation appliquée dans le traitement des tuberculoses localisées du col utérin est la MÉTHODE DE CHOIX.

Vu :
LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
MOCQUOT.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AHUMADA. — *Soc. Obs. et Gyn. Buenos-Ayres*, 1928-1929.
- ASKANAZY. — *J. Méd. Suisse Romande*, 1923.
- ASTRIE. — Tub. primitive de l'utérus. *Th. Lyon.*, 1913-1914.
- BARTHELEMY. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn., Paris*, 1924.
- BERNARD (A.). — La tuberculose du col utérin.
- BEYEA. — *Cong. Int. Méd. Gynécol.*, 1900.
- BORNUET et BULLIARD. — La tub. du col de l'utérus. *Gynécol. Obst.*, 1931.
- BRAYE. — *Th. Paris*.
- BROCQ, MOULONGUET et GIBERT. — *Cong. Franç. de Gyn. et Obst.*, 1933.
- BROOLS. — *Obst. Soc. of London*, mai 1903.
- CASTANY. — Tub. du col de l'utérus. *Th. Montpellier*, 1905.
- CAYLA. — Tub. du col de l'utérus. *Th. Bordeaux*, 1912-13.
- CHATON. — Tub. du col de l'utérus. *Th. Paris*, 1908.
- COUNSELLER et COLLINS. — Tub. du col utérin. *American Journal of Obstetrics and Gynécologie*, déc. 1935, *in la Gynécologie*, mai 1937.
- CROLL. — Tub. prīm. utérine. *Th. Paris*, 1925.
- DANFORTH. — Tub. du col de l'utérus. *Annals of Surgery Philadelphie*, sept. 1937.
- DANIEL. — *Gyn. et Obst.*, 1925.
Gynécologie, 1925.
P. M. Illustrée, 1931.
- DAURIOS. — Etude la tub. génit. chez la fem. *Th. Paris*, 1888-1889.

- DOUAY. — *La Gynécologie*, 1928 ; *Gyn. et Obst.*, 1930.
- DUPEUX (Mlle). — La tub. du col de l'utérus. *Gynécologie*, nov. 1933.
- ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE. — *Gynécologie*.
- ESTOR et MAILLE. — 1932.
- FAURE (J. L.). — *Cong. Intern. Gyn.*, 1902.
- FAURE et SIREDEY. — *Traité de Gyn. Méd. Chir.*, 1925.
- FIGARELLA. — Tub. du col de l'utérus. Séance, avril 1936.
Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Marseille, avril 1936.
- FINLAISON. — Tuberculosis cervical with description of origina case. *J. Obst. et Gynek. Brit. Emp.*, juin 1936.
- FINTECLUS (Mlle). — *Th. Paris*, 1912-1913.
- FISCHETTI. — Sudi un casi di tubercolosi primaria del
- FORGUE. — *Paris Médical*, 1926.
- GOROWITZ (Mlle). — Tub. de l'utérus. *Th. Paris*, 1900.
collo dell' utero. *Rassegna d'obst. e gin. may*, 1932.
- LANNES DEHORE. — Tub. du col de l'utérus. *Th. Lyon*, 1905.
- LANTUEJOUL. — *Soc. Obs. et Gyn. Paris*, 1932.
- LAPEYRE. — Tub. utero-annexielle.
- LAZARESCU et SABAILA. — La tub. prim. du col utérin. *Sté Gyn. de Bucarest*, Sce du 20-6-37, in *Gyn. obstetrica*, mars 1938.
- LENORMAND. — *Progrès Médical*, 1909.
- LESTER. — Tuberculosis cervical. — *Am. J. Surg.*, sept. 1936.
- LOPEZ DORIGA. — *Revua esp. Obst. et Gyn.*, mai 1928.
- MITRA. — Tuberculosis lesion of uterus cervix. *Calcutta M. J.*, juillet 1937.
- MOORE. — *Surgery Gyn. and Obst.*, 1919-1924.
- NOBOA. — Tub. du col utérin. *Th. Paris*, 1930.

- OKINCZYC. — Tub. du col utérin. *Mém. de l'Acad. de Chirurgie*, 19 mai 1937.
- PARRAI N. — Contribution à l'étude de la tuberculose primitive du col de l'utérus. *Th. Paris*, 1935.
- PETGES, ROCHE et SALIGNE. — Tb. veg. du col utérin. *Sté Anatomo-Clinique de Bordeaux*, Sce du 14 février 1938 ; in *Jour. de Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 8 oct. 1938.
- PETIT-DUTAILLIS. — Tub. int. du col utérin. *Gyn.*, 1913.
- PLATAREANO. — Un cas de tub. du col de l'utérus. *Sté de Gyn. de Bucarest*, déc. 1933 ; in *Revue Franç. de Gynec.*, fév. 1935.
- POLLOSON et VIOLET. — *Revue de Gyn. et Chirur.*
- REMILLY. — Tub. ge. de la femme. *Th. Paris*, 1919-1920.
- RICHE et GUIBAL. — Tub. du col utérin. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, juin 1933.
- RICHELOT. — *La Gynécologie*, 1905.
- RINEZZI et FERRAZINI. — *Rev. Méd. del Rosaio*, 1934.
- SPEATH. — *Th. Paris*, 1885.
- STEFANESCU (Mme). — La tub. du col utérin. *Th. Montpellier*, 1934.
- TACHEZY. — Tuberculosis of utérine cervix. *Casop. Lek. cesk.*, 25 nov. 1932.
- VERMEIL. — Lésions des org. génitaux chez les tuberculeuses. *Th. Paris*, 1880.
- VEYRASSAT. — Tub. prim. du col de l'utérus à forme ulcéreuse simulant un cancer. *Presse Méd.*, 15 sept. 34.
- WATSON. — Tub. du col utérin. *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, mai 1934, in *Journal de Chirurg.*, déc. 1934.

ELECTROCOAGULATION

- BENDER. — La haute fréquence en gynécologie.
- BOLAND. — Electro Surgery in gynécology. *M. Rec.*, oct. 1935.
- BORDIER et BOUCHET. — Sur un cas de cancer du col traité par la Diathermie. *Arch. Elect. Méd.*, 1924.
- COLOMBEIX. — *Th. Paris*, 1937.
- DAUSSET. — Courants de haute fréquence en gynécologie.
- DAUSSET, CHENILLAU. — Trait. des métrites du col par la Diathermo-coagulation. *Paris Médical*, oct. 1927.
- FRANCILLON, LOBRE et LEROY. — Emploi des courants de haute fréquence et de très haute fréquence en gynécologie. *Bull. Méd. de Paris*, 1936.
- LAQUERRIÈRE. — Electrothérapie. *Pratique médicale chirurgicale*.
- LAQUE. — La electrocoagulation en ginecologia. *Méd. Ibero May*, 1935.
- MARCEL. — La Diathermocoagulation des cervicitès chroniques. *Sté Franç. de Gynécol.*, 14 mars 1932.
- Les indications de la diathermie en gynécologie. *Sté Méd. des Praticiens*, mars 1933.
- La diathermie en gynécologie. *Le Courrier Méd.*, avril 1933.
- MIKELS. — Electrodiathermy. Its use in the treatment of benign and lesions of the uterine cervix. *California and Western Médecine*, janvier 1928.
- MOREL-KAHN. — La diathermo coagulation pratique. *Médico-Chirurgicale*.
- OUDIN. — Applic. therap. locales des courants de haute fréquence en gynéc. *Annales d'Elect. Méd.*, juin 1910.

SCHATZ. — Traitement des affections du col de l'utérus par les courants de haute fréquence. *Th. Paris*, 1930.

ROSSET. — Diathermie et grossesse. *Rev. Franç. Gyn. et Obst.*

STUHL et SCHATZ. — Traitement par la haute fréquence de quelques affections gynécologiques. *Sté Franç. d'Electroph.*, juin 1931.

STRUK. — *Th. Lyon*, 1937.



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



